

VI-3 国民健康保険財政の現状と制度改革の行方 — 県内自治体、特に小松市を中心に —

武田 公子

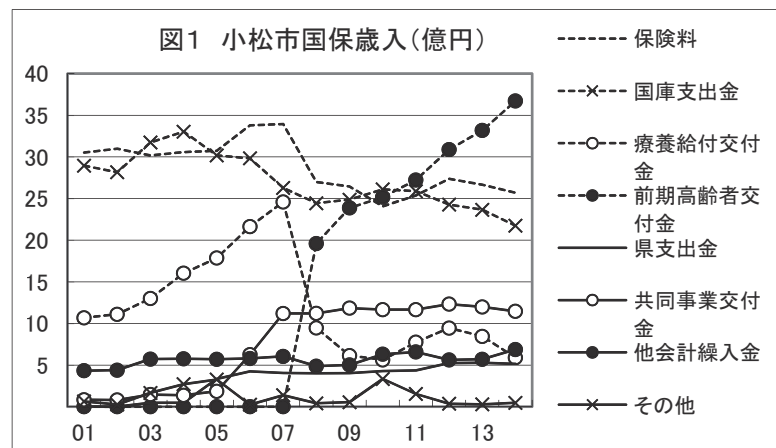
ケアエリア・マネジメント研究会における武田の分担は国民健康保険財政の分析、政策・制度動向の把握を通じて、地域ケア・システム構築における財政条件を検討することである。本年度はこの課題のうち、①小松市国民健康保険、介護保険、後期高齢者医療といった関連する特別会計の財政構造とその動向に関する分析、②石川県内自治体の国民健康保険関連データの比較、③2018年度からの国民健康保険の都道府県単位化に伴う制度設計、という諸点に関して研究を行った。その成果は以下の機会において発表した（いずれも武田単独）。

- ・ ケアエリア・マネジメント研究会報告「小松市国保財政について」2016年10月5日。
- ・ 小松市役所における中間報告会報告「小松市国保財政について」2016年11月7日。
- ・ 「国民健康保険の都道府県単位化をめぐって—石川県内の自治体を事例に—」『金沢大学経済論集』第37巻第2号、2017年3月。

以下、上記の研究成果の概要をまとめる。

1. 小松市国保財政の現況

市町村国保の財源は、原則として保険税と公費（国・県）が半々とされている。とはいえ図1に示すように、保険税は08年に後期高齢者が他制度に移管されたことで一気に減収し、その後は横ばい状態である。実際のところ保険税は収入の22.5%にとどまり、県支



出金、共同事業交付金、および市の一般会計からの繰入が保険税収入を補完している。県支出金や県内自治体間の調整制度を含む共同事業は三位一体改革のなかで導入されたものであり、これらの導入とともに国庫支出金は減少に転じている。

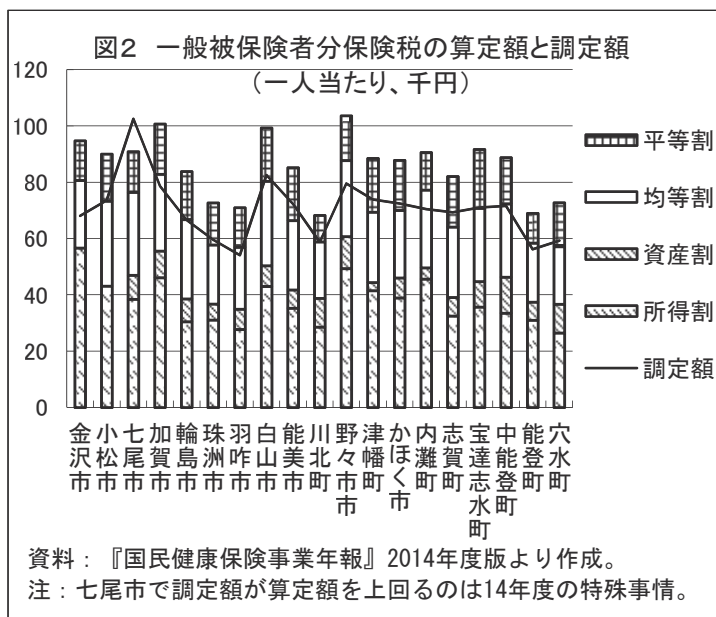
これに対し、08年度より導入された前期高齢者交付金が約3分の1を占める。これは以前の療養給付交付金と同様、他の被用者保険からの財政移転であり、現在は医療保険間の年齢構成の相違を調整するものとなっている。小松市の国保財政を概括すれば、健全性という点では特段の問題を抱えておらず、むしろ良好であるといえる。県内市町の国保財政を相互調整する共同事業においても、小松市は拠出が交付を上回る状態にある。とはいえ、

このような良好な状況にあることの最大の要因は被保険者に占める前期高齢者の比率の増加による、前期高齢者交付金の増加に起因するところが多い。市の人口ビジョンによれば2020年までに前期高齢者人口はピークを迎えるため、その後の収入減が懸念される。実際人口構成の若い自治体では同交付金が少ないために国保財政が厳しいというところもある。

2. 県内自治体の国保財政の比較

自治体による国保財政の相違、格差の所在について検討するため、以下では石川県内市町の財政状況を比較する。「国保財政の格差」を何によって表すかについては多様な視点が可能と考えられるが、以下ではさしあたり保険税・保険料負担の相違に着目する。保険税の算定は、当該自治体の医療費に対して国・県・被用者保険等からの財源移転で補てんされない部分を確保するべく算定される。その際、保険税の地域差は次のような事情から生ずることになる。

第一に、そもそも保険税の賦課方式は各自治体の条例に定められるため、課税標準、税率ともに多様である。図2に示されるように、金沢市・小松市では資産割が廃止されその



分所得割が高くなっている。なお全国的に資産割廃止の動向がみられる。

第二に、自治体の一般会計からの繰入のうち、法定外繰入によって保険料負担の抑制を図ることが可能である。とはいえ、このような「持ち出し」の可能性は、自治体の財政力如何とかかる負担軽減に対する自治体の優先順位の置き方に規定されていると考えられる。

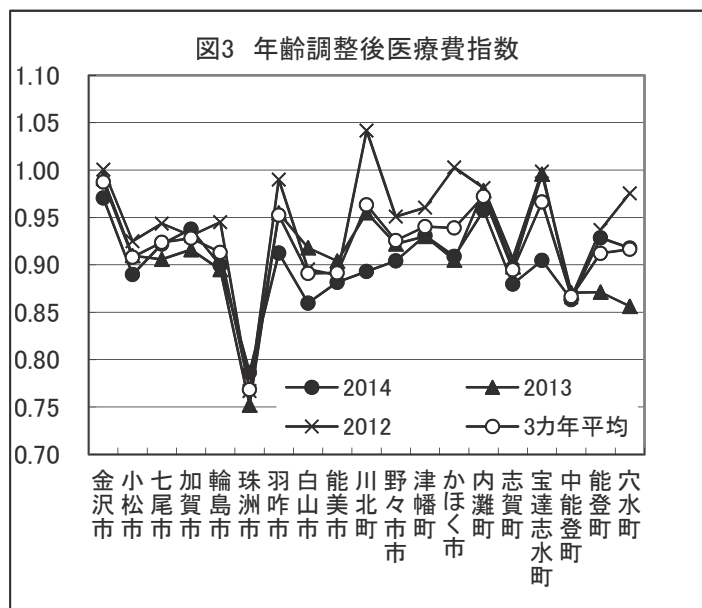
第三に、被保険者の所得水準

の相違である。図2に示す所得割・資産割といった「応能負担」は概ね当該地域の所得水準を反映していると考えられる。所得水準が低ければ保険税収入は少なくなるが、税収確保のために税率を引き上げたとしても、その結果収納率の低下をもたらし、税収確保にはつながらない。また低所得層に関しては法定の軽減分があり、これが図での算定額と調定額の相違として表れている。

第四に、世帯あたりの均等割、一人当たりの平等割については「応能負担」と呼ばれるが、これらは軽減対象外であり、所得の多寡にかかわらず一律の負担となる。低所得層にとって負担の重い課税方法であるため、自治体がこれらの税率をどう設定するかが負担動

向を左右するといえる。

第四に、保険税水準には当該地域の医療費水準も反映される。医療費が多くかかれば、その財源確保のために保険税率を高く設定せざるを得ないわけである。そこで、自治体間の医療費水準を比較してみる。図3は年齢要素を除外して自治体間の医療費を比較したものである。年齢調整とは、年齢階級ごとの平均医療費の全国値に当該自治体の被保険者の年齢構成を掛け合わせて再計算した一人当たり医療



費であり、同図はそれを県内平均＝1で表している。これを見ると、極端に医療費の少ない珠洲市と、突出して医療費が多い川北、羽咋、金沢、内灘、宝達志水のギャップが著しい。こうした医療費の地域格差の要因について分析を試みたところ、医療機関・医師の密度と高い相関が認められた。つまり、医療へのアクセスが地域間の医療費動向に大きく影響しているのである。他方で、健康診断の受診率等は医療費動向にほとんど影響を及ぼしていないことも分かった。

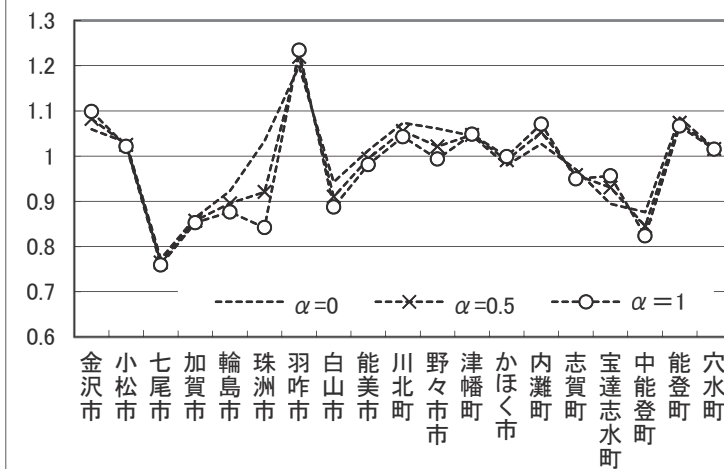
以上のように、自治体による保険税負担の相違は、各地域の所得水準、医療費水準および自治体の政策的優先順位の置き方に規定されていることが明らかになった。次に述べる国保の都道府県単位化においては、このうちの所得水準および医療費水準をメルクマールとしたあらたな国保税算定方式が導入されようとしているわけである。

3. 国保の都道府県単位化

前述のような国保の地域間格差を背景に、2018年度から国保が都道府県単位に移管されることとなった。リスク分散という社会保険の原理から考えれば、より母数の大きい保険主体への移管は保険財政を安定化させるように思われる。しかし前述のように国保の地域間格差の背景には医療へのアクセスにおける格差や所得格差が存在しているのであり、これを不問にして県内一律の保険税を課すことは公平とはいえない。結果的に、当面は国保税の決定権限を市町村に残し、国保の地域差を温存したまま、運営主体のみを都道府県に移すこととなっている。

本研究ではこの都道府県単位化の下で市町村の保険税率設定を左右する「納付金」の試算を行った。納付金は都道府県が市町村に割り当てる金額であり、市町村はこれを保険税徴収を以て賄うというのが、当面の都道府県単位国保の仕組みとなっている。その標準的

図4 納付金試算(2014年実績=1とした指数)



な算定方式は国が定めるガイドライン「納付金及び標準保険料率の算定方法について」(2016年4月28日付保発0428第17号厚生労働省保険局長通知)に示されている。図4は県内自治体について、この標準方式によって納付金額を試算し、2014年度の各市町徴収保険料と一般会計繰入額の総計と比較して増減をみ

たものである。 α は医療費水準をどの程度考慮するかを示す変数である。

この図から考えられるのは、ガイドラインにおける標準方式のままでは、負担が大きくなる自治体と軽減される自治体の間に大きな懸隔ができてしまうという懸念である。負担が大きくなる自治体は概して現行保険税の低さが見られ、納付金の算定方式が保険税率の低い自治体に対して引き上げ圧力として作用しうること示唆するものである。また、医療費水準の低い自治体においては、納付金が突出して低くなるわけではなく、この算定方式のメリットを享受しにくいことも明らかとなった。

結論として、今回の国保都道府県単位化は中途半端な改革という評価を否めない。市町村に国保税の賦課徴収権を残したことにより、国保税の地域差を温存してしまったためである。広域で医療のセーフティネットを維持するという目的からすれば、国保税の賦課方式や税率は統一されることが本来のあり方といえる。しかしその一方で、医療へのアクセスの格差、すなわち医療サービスを受ける権利が公平に保障されているわけではないと状況がある以上、これを無視して県内均一の負担とすることは妥当でなく、医療費の地域差に鑑みた保険料率の地域差はある程度容認せざるを得ないといえる。

また、ガイドラインによる納付金算定方式が、全ての自治体が納得する結果をもたらすとは限らないということである。現行負担より重くなる自治体にとっては保険税引き上げを余儀なくされることに懸念をもつであろうし、医療費水準の低い自治体にとっては、納付金負担はもっと低くなるべきだと考えるであろう。これまで保険税に地域格差があったために、納付金によって負担増減が生じることは不可避である。何が公平であるかに関する合意形成がまずは必要と考える。